AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN MÉDICA

(Para ser revelada al Departamento de Salud, División de Financiamiento de Asistencia Médica y el Departamento de Workforce Services DWS)

(For Disclosure to Health Care Financing and the Department of Workforce Services)

_____/_____/_____
Nombre del cliente/ Client name # de seguro social/ SSN fecha de nacimiento/DOB

Yo, _____, autorizo al _____
I, (cliente o representante/client or representative), hereby authorize (persona u organización revelando la información/person or

_____ para revelar información médica específica de los archivos del mencionado
Organization disclosing information) to disclose specific health information from the records of the above named

cliente al Departamento de Salud del Estado de Utah, División de Financiamiento de Asistencia Médica o DWS.

client to the Utah Department of Health, Division of Health Care Financing or DWS.

Descripción específica de la información médica a ser revelada es: _____
(The specific health information authorized for disclosure is)

El propósito de la información es: _____
(The purpose of the disclosure is)

Entiendo que esta autorización se vence en la siguiente fecha, situación, o condición: _____
(I understand that this authorization will expire on the following date, event, or condition)

Entiendo que si no especifico una fecha de vencimiento o condición, esta autorización es válida por el periodo de tiempo necesario. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a través de una nota escrita al Oficial de Privacidad encargado como esta especificado en el Aviso de Normas de Privacidad entregado al cliente (puede pedir una copia de este aviso al momento de llenar esta autorización). Entiendo que la anulación de esta autorización no afecta una acción ya tomada por la División de Financiamiento de Asistencia Médica (Department of Health Care Financing- DHCF) o DWS. Entiendo que puedo negar de firmar esta autorización. También entiendo que el DHCF o DWS no pueden negar tratamiento, pagos, inscripción en un plan de salud, ni beneficios si me niego a firmar esta autorización.

Entiendo que una vez revelada la información concerniente a esta autorización, es posible que no continúe siendo protegida por la ley de privacidad médica federal y que pueda volver a ser usada por la persona o agencia que la recibe.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

_____/_____
Firma del cliente o representante autorizado Fecha

Si esta firmado por un representante autorizado, describa la autoridad que tiene: _____